

○渡邊介護保険データ分析室長 定刻になりましたので、第30回「社会保障審議会介護給付費分科会介護報酬改定検証・研究委員会」を開催いたします。

委員の先生方におかれましては、お忙しい中御出席賜りまして、誠にありがとうございます。

本日は、こちらの会場とオンライン会議を活用しての開催とさせていただきます。

また、本会議は、動画配信システムでのライブ配信により公開いたします。

本日の委員の出席状況ですが、松田委員長、近藤委員、藤野委員、井上委員、小坂委員より御欠席の連絡をいただいております。

つきましては、委員長代理である堀田委員に本日の進行をお願いしたいと存じます。

堀田委員、よろしくお願いいたします。

また、田宮委員、木下委員におかれましては、遅れて御出席いただく旨御連絡をいただいております。

阿部委員、栗田委員におかれましては、途中で御退席する予定です。

それでは、議事に入る前に、資料の確認とオンライン会議の運営方法の確認をさせていただきます。

事前に送付しております資料を御覧ください。

同様の資料をホームページに掲載しております。

次に、会議の運営方法でございます。

オンラインで出席の委員の先生方におかれましては、会議の進行中は、基本的にマイクをミュートにいただき、御発言される際には、Zoomツールバーの「リアクション」から「手を挙げる」をクリック、堀田委員の御指名を受けてから、マイクのミュートを解除して御発言いただくよう、お願いいたします。

御発言が終わりました後は、再度マイクをミュートにいただきますよう、お願いいたします。

それでは、以降の進行は、堀田委員にお願いいたします。

○堀田委員長代理 よろしく申し上げます。

それでは、議事次第にございますように、本日は「令和6年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（令和6年度調査）の結果について」議論を行います。

事務局においては、資料説明を簡潔に行っていただくとともに、各委員におかれましては、御発言は論点に沿って簡潔に行っていただくように御協力をお願いいたします。

まず、事務局から資料説明をお願いいたします。

○渡邊介護保険データ分析室長 本日は、資料1につけております資料1-1から1-4の資料を用いまして御説明を申し上げたいと思います。

これらの資料は、調査ごとに調査の概要をまとめた資料となります。

なお、各調査に関する質疑への対応につきましては、各担当課より対応させていただきます。

また、資料については、今後の介護給付費分科会の議論を踏まえ、修正等が生じ得ますので、あらかじめ御了承ください。

まず、資料１－１「高齢者施設等と医療機関の連携体制等にかかる調査研究事業」についてでございます。資料１－１を御覧ください。

１ページ目でございます。本調査は、令和６年度介護報酬改定において行った高齢者施設等と協力依頼機関との連携体制の見直しを踏まえ、改定後の高齢者施設等における協力依頼機関との連携状況や医療提供の実態を把握するため、高齢者施設等に対してアンケート調査を実施しました。

２ページ目の図表３を御覧ください。併設や同一法人の医療機関の有無についてです。介護医療院では約７割が併設の病院があると回答し、介護老人保健施設では約３割が併設の病院があると回答し、約４割は併設ではありませんが、同一・関連法人の病院があると回答しています。そのほかのサービスについては、約７割から８割が併設や同一法人の病院がないと回答しています。

３ページ目の図表４を御覧ください。各施設において提供可能な医療処置についてです。例えば、経鼻経管栄養では、介護老人福祉施設は32.1%、介護老人保健施設では42.5%、介護医療院では92.3%となり、施設種別によって差がありました。

６ページ目の図表６を御覧ください。令和６年度介護報酬改定で加わりました３要件を満たす協力医療機関の定め状況についてです。３要件については、１つ目、相談対応を行う体制、２つ目、診療を行う体制、３つ目、入所者の入院を原則として受け入れる体制となります。３要件を満たす協力医療機関を定めている施設は、介護老人福祉施設で56.6%、介護老人保健施設で70.0%、介護医療院で72.4%、養護老人ホームで45.7%という結果となりました。また、居住系サービスについては、努力義務とした１つ目、２つ目の要件を満たす協力医療機関の定め状況を示しています。軽費老人ホームは45.5%、特定施設入居者生活介護は67.3%、認知症対応型共同生活介護は59.8%という結果となりました。

８ページ目の図表８を御覧ください。協力医療機関として定めた時期についてです。多くの協力医療機関は、令和６年度介護報酬改定以前から定めていましたが、改定後に定めた協力医療機関も一定数ありました。

11ページ目の図表13を御覧ください。協力医療機関の選定理由についてです。多くのサービスでは、「以前より協力医療機関として定めていたため」との回答でしたが、他方で「義務化された役割を担うに適した協力医療機関であったため」、「24時間対応できる医療機関であったため」との回答も３割程度ありました。

続いて、12ページ目、13ページ目は、急変時における対応状況について、要件を満たす協力医療機関を定めているかどうかで比較したものです。例えば、12ページ目の図表14を御覧ください。急変時における相談件数は、多くのサービスにおいて要件を満たす協力医

療機関を定めている施設のほうが協力医療機関への相談件数が多いという結果となりました。

15ページ目の図表18を御覧ください。令和6年度介護報酬改定において創設した協力医療機関連携加算の算定状況についてです。介護老人福祉施設では27.2%、介護老人保健施設では54.1%、介護医療院では46.4%が算定していました。

17ページ目を御覧ください。協力医療機関算定加算を算定しない理由についてです。「定期的な会議の負担が重く、会議を行えていない」など会議への負担を理由とする回答が多いという結果となりました。

19ページ目の図表26を御覧ください。介護老人福祉施設では、要件を満たす協力医療機関を定めていない施設の中で、「特定の医療機関と協議を行っており、年度内に定められる見込み」が21.9%、「特定の医療機関と協議を行っているが、年度内に定められるか未定」が17.4%、「周辺の医療機関に協議を行うことを予定している」が22.6%でした。一方で、「まだ検討を行っていない」と回答した施設は31.6%でした。

21ページ目の図表28を御覧ください。協力医療機関を定めるに当たっての課題についてです。「特になし」と回答した施設が3割程度でした。一方で、「休日・夜間の対応は困難であると提携を断られた」等の提携を試みたが至らなかったケースや、「どこに相談すればよいか分からない」、「周辺に医療機関が少ない（またはない）」との回答もありました。

23ページ目の図表34を御覧ください。医療機関に入院となった入所者に対する対応についてです。全体の傾向として、要件を満たす協力医療機関を定めている施設のほうが協力医療機関の医師による入院の可否の判断や、入院調整が行われている割合が高いという結果になりました。

最後に、25ページ目の図表37を御覧ください。救急車による搬送についてです。いずれのサービスにおいても、要件を満たす協力医療機関を定めている施設のほうが、救急車による搬送が少ないという結果となりました。

また、図表38を御覧ください。要件を満たす協力医療機関を定めている施設のほうが、入院先の医療機関と事前に調整した上で救急車を呼んだ割合が高いという結果となりました。

以上で、1つ目の調査研究事業の説明を終了します。

次に、資料1－2を御覧ください。「福祉用具貸与価格の適正化に関する調査研究事業」の結果について説明いたします。

1ページ目を御覧ください。福祉用具貸与価格の上限設定は、3年に1度の見直しを実施しており、直近で見直しを実施した令和6年4月と令和3年4月との経年比較を主に行いながら、貸与価格の上限設定の在り方を検討するため、本調査では、介護保険総合データベースの分析調査、アンケート調査及びヒアリング調査を実施しました。

まず、介護保険総合データベースの分析結果について説明します。

3 ページ目の図表 2 を御覧ください。福祉用具貸与の現状についてです。令和 3 年 4 月と令和 6 年 4 月のレコード件数、単月に給付された件数を調査したところ、令和 3 年 4 月では約 854 万件でしたが、令和 6 年 4 月には約 976 万件と約 120 万件の増加が確認できました。

4 ページ目の図表 3 と図表 4 を御覧ください。令和 6 年 4 月に行った貸与価格の上限設定の見直しによる貸与額への影響についてです。令和 6 年 4 月の見直しにより、貸与価格が上限設定を超える分について、貸与価格が上限以下に減少する等により、貸与額は 1 月当たり約 1.5 億円の減少という結果となりました。また、平成 30 年 10 月から令和 6 年 4 月までの 3 回の見直しによる貸与額の減少率を比較したところ、初めて上限を設定した年である平成 30 年 10 月はマイナス 2.0% の変化でしたが、見直しを重ねるたびにその影響は縮小し、令和 3 年 4 月ではマイナス 0.9%、令和 6 年 4 月ではマイナス 0.4% という結果となりました。

6 ページ目の図表 6 と図表 7 を御覧ください。貸与価格について、次回以降の上限設定の見直しによる平均貸与額の減額シミュレーションを行いました。全事業所平均の貸与額への影響は、3 年後にはマイナス 0.18%、さらに 6 年後はマイナス 0.09% と貸与額が減少するという結果となりましたが、一方で、貸与価格の変更の見直しの影響を受ける利用者数は約 2 割強と一定数存在することが確認されました。

7 ページ目の図表 8 を御覧ください。最も貸与件数の多い商品について、上限設定を見直した場合の貸与価格の変化についてシミュレーションを行いました。赤枠になりますが、次回の見直し時には、商品の約 16% で貸与価格が下がるという結果となり、その貸与総額への影響は 0.2% の減少という結果となりました。

続いて、アンケート調査について説明いたします。9 ページ目の図表 12 と図表 13 を御覧ください。令和 6 年 4 月の見直しによる収益への影響を調査したところ、3 年前と比べ「収益が減少した」と回答した事業所は増加しており、約 6 割を占めるという結果となりました。その理由としては、「上限設定の見直しにより貸与価格を下げた商品が多いため」と回答した事業所が約 8 割で最も多く、次いで、「利用者数が減少しているため」と回答した事業所は約 3 割という結果となりました。

10 ページ目の図表 15 を御覧ください。貸与価格の上限設定の見直しによる経営への影響についてです。事業における諸経費の変化を令和 3 年 4 月時点と比較したところ、3 年間で増加した割合が高い経費は、水道光熱費、通信運搬費、人件費の順に多く、5 割以上の事業所が増加したと回答しました。特に人件費については「5% 以上増加」と回答した事業所が約 2 割と最も多いという結果となりました。

11 ページ目の図表 16 と図表 17 を御覧ください。貸与価格の見直しの際に事業所が取り組んでいる価格交渉の状況についてです。「仕入れ先と価格交渉を実施した」と回答した事業所は約 3 割強で、「委託先と価格交渉を実施した」と回答した事業所は約 5 割という結果となりました。いずれも令和 3 年度から増えているという結果となりました。

14ページ目の図表26を御覧ください。令和6年度介護報酬改定で導入した一部の福祉用具に係る貸与と販売の選択制の状況について、令和6年4月から6月までの3か月間を対象に調査しました。選択制の対象である4種目のうち、購入を選択した利用者が最も多い種目は固定用スロープで、新規利用者の購入割合は19.8%、継続利用者の購入割合は11.1%という結果となりました。一方で、購入を選択した利用者が最も少ない種目は歩行器で、新規利用の購入割合は2.8%、継続利用者の購入割合は1.7%という結果となりました。

また、利用者が購入を選択する際の決め手は、いずれの種目においても「長期利用が想定されるため」と回答した利用者が約半数を占めているという結果となりました。

最後に、ヒアリング調査の結果について説明します。16ページ目を御覧ください。貸与価格の上限設定を見直した際の事業者の事務負担については、特に利用者、介護支援専門員への説明等の負担が大きいという結果となりました。

また、見直しに伴い、事業所の収益は減少するものの、人件費、運搬費等の諸経費が増額することのほうが経営に与える影響は大きいという結果となりました。

以上で2つ目の調査研究事業の説明を終了します。

次に、3つ目の調査についてです。資料1－3を御覧ください。「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組に関する調査研究事業」の結果について説明いたします。

1ページ目を御覧ください。本調査は、リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組並びに特定施設の口腔衛生管理に係る令和6年度介護報酬改定の効果検証として、その取組状況や課題等を確認し、当該取組等の推進に向けた基礎資料を得ることを目的に実施しました。

まず、アンケート調査について説明します。2ページ目の図表1と図表2を御覧ください。一体的取組の実施状況についてです。一体的取組に係る加算の算定状況については、介護老人保健施設及び介護医療院で約7割の施設が、既に算定している、または算定の予定があると回答しました。また、算定していない理由としては、各専門職の確保が困難との回答が多いという結果となりました。

4ページ目の図表6を御覧ください。加算の算定を問わず、一体的取組として実施している内容についてです。取組内容のうち、例えば、介護老人福祉施設では「関係職種が必要時に相談し合う体制を作っている」と回答した割合が最も高いという結果となりました。

5ページ目の図表8を御覧ください。カンファレンスの実施についてです。カンファレンスの参加職種については、人員配置基準によって定められている職種の参加率が高い一方、歯科医師・歯科衛生士や通所リハビリテーションでの管理栄養士等、必置でない専門職の参加率は低い傾向にありました。

6ページ目の図表10を御覧ください。一体的取組を実施したことによる効果についてです。左側の利用者に対する効果では「口腔衛生状態の維持・改善につながった」との回答の割合が高く、右側の施設・事業所に対する効果では「各専門職ごとの観点や業務内容へ

の理解が深まった」と回答した割合が高いという結果となりました。

8 ページ目の図表12を御覧ください。特定施設入居者生活介護における口腔衛生の管理についてです。口腔衛生の管理の取組の実施状況について、1年以内に口腔衛生の管理の取組を実施する施設の割合は、予定している施設を含め、59.6%でした。

続いて、図表14を御覧ください。「口腔衛生の管理の実施による効果では、介護職員の口腔に対する理解や意識が向上した」と回答した割合が最も高いという結果となりました。

9 ページ目の図表16を御覧ください。口腔・栄養スクリーニング加算についてです。口腔・栄養スクリーニング加算の算定効果では「施設職員の口腔と栄養に対する理解や意識が向上した」と回答した割合が最も高いという結果となりました。

続いて、ヒアリング調査について説明します。10ページ目、11ページ目を御覧ください。一体的取組の効果として、早期のリスク発見やケアの質の向上につながったと実感しているといった意見が見られました。

口腔衛生の管理についても、誤嚥性肺炎の予防や食形態の維持・改善につながった事例が見受けられました。

最後に、介護保険総合データベースの分析結果について説明します。12ページ目の図表18を御覧ください。一体的取組に係る加算の算定事業所の割合について、介護老人保健施設が最も高く、令和6年4月時点で16.0%でした。

13ページ目、14ページ目を御覧ください。LIFEに登録されたデータを用いて一体的取組に係る加算の算定有無別に利用者の身体状況を示す各指標の分布を集計しました。図表21は低栄養状態のリスクレベル、14ページ目の図表23は口腔に関する課題の個数についてです。一体的取組に係る加算を算定している利用者のほうが、算定していない利用者と比較してリスクや課題が多いという結果になりました。

以上で3つ目の調査研究事業の説明を終了します。

最後に、4つ目の調査についてです。資料1－4を御覧ください。「地域の実情や事業所規模等を踏まえた持続的なサービス提供の在り方に関する調査研究事業」の結果について説明いたします。

1 ページ目を御覧ください。本調査は、中山間・離島等の社会資源が乏しい地域を中心に小規模な事業所を含めた介護ニーズの状況や介護サービスの提供の実態、サービス提供上の課題を克服するための工夫等を調査することで、次期改定に向けた基礎的な情報を収集・分析することを目的に実施しました。

アンケート調査での事業所調査の有効回収率は全体で約3割、そのうち訪問介護については約4割という結果となりました。

まず、アンケート調査について説明します。2 ページ目の図表1を御覧ください。職員の年齢構成についてです。特に訪問介護、地域密着型通所介護、認知症対応型共同生活介護及び小規模多機能型居宅介護で60代以上の職員割合が高いという結果となりました。

3 ページ目の図表2を御覧ください。離職者数についてです。訪問介護、訪問看護、地

域密着型通所介護及び居宅介護支援では、いずれの地域でも0人の割合が高いという結果となりました。

5 ページ目の図表4を御覧ください。職員の確保状況についてです。「やや不足している」及び「とても不足している」を合わせた割合は、都市部の訪問介護及び定期巡回・随時対応型訪問介護看護において特に高いという結果となりました。

6 ページ目の図表5を御覧ください。職員の人材確保について、事業所が感じている課題についてです。各サービスとも「若年層が確保できない」及び「介護職員/訪問介護員/看護職員が確保できない」と回答した割合が高いという結果となりました。

7 ページ目の図表6を御覧ください。人材確保のために行っている取組についてです。いずれのサービスにおいても「ハローワークによる採用」が最も高く、次いで「知人の紹介による採用」が高いという結果となりました。

8 ページ目の図表7を御覧ください。利用者の状況についてです。「やや不足している」または「とても不足している」と回答した事業所は、通所介護及び介護老人保健施設の割合が高く、地域密着型特定施設と看護小規模多機能型居宅介護は都市部で「とても不足している」が際立って多いという結果となりました。また、居宅介護支援は中山間・離島等で「やや不足している」または「とても不足している」が際立って多いという結果となりました。

10ページ目の図表9を御覧ください。経営状況についてです。令和5年度決算に基づく収支差率については、オレンジ囲いのサービス及び地域において、赤字の収支差率0%未満の割合が高いという結果となりました。

11ページ目の図表10を御覧ください。令和6年8月と令和5年8月の介護保険収入を比較した結果についてです。訪問介護及び地域密着型通所介護は、いずれの地域でも100%以下となりました。

12ページ目の図表11を御覧ください。経営について感じている課題についてです。訪問介護、定期巡回、随時対応型訪問介護看護、地域密着型特定施設、介護老人福祉施設、看護小規模多機能型居宅介護では「経営に十分な数の人材が確保できない」と回答した割合が高いという結果となりました。

13ページ目から16ページ目を御覧ください。令和5年度決算に基づく収支差率が0%未満だった事業所や、介護保険収入の増減幅が大きい事業所について、主なサービスごとに回答割合が高い項目を整理しています。

17ページ目の図表16を御覧ください。介護ロボットやICT等のテクノロジーを導入済みの割合が高いサービスについてです。主に介護老人福祉施設、介護老人保健施設、地域密着型介護老人福祉施設という結果となりました。

18ページ目の図表17を御覧ください。テクノロジーを導入していない理由についてです。いずれのサービスにおいても「導入費用が高額」と回答した割合が最も高く、居宅系サービスでは「導入する必要がある課題や必要性を感じていない」と回答した割合が高いとい

う結果となりました。

19ページ目の図表18を御覧ください。訪問看護との連携状況についてです。訪問看護と「連携したことがある」と回答した割合が高いサービスは、訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護という結果となりました。

20ページ目の図表19を御覧ください。訪問看護との連携頻度についてです。多くのサービスで2週間に1回以上と回答した割合が高いという結果となりました。

続いては、自治体向けに行ったアンケート調査についてです。これらの結果については、20ページ目から24ページ目に記載していきまして、昨年12月の第243回社会保障審議会介護給付費分科会で公表した速報値から大きな変化がなかったため、割愛いたします。

続いて、ヒアリング調査について説明します。25ページ目を御覧ください。訪問介護事業所を中心に、地域性や事業所規模等を考慮してヒアリング対象を選定し、調査を行いました。説明は割愛いたしますが、経営上の課題、取組及び連携における課題、取組について主な意見を取りまとめました。

26ページ目を御覧ください。事業所の休止・廃止状況についてです。介護人材の確保が課題となっていますが、資料に記載しているほか、例年に比べて休止・廃止件数が大きく増えたという状況にはないとの意見もありました。

続いて、介護保険総合データベースを用いた分析結果について説明します。27ページ目の図表28を御覧ください。処遇改善加算の算定状況についてです。加算Ⅰの算定割合が50%を超えたのは、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設となりました。未算定の割合が高いのは、訪問介護、地域密着型通所介護、介護医療院という結果となりました。

最後に、29ページ目以降は訪問介護事業所向けの調査結果の概要についてです。詳細な結果については参考資料2として添付していますが、主な結果について説明いたします。

30ページ目を御覧ください。アンケート調査に回答された訪問介護事業所の属性についてです。地域別では中山間・離島等に所在する事業所の回答が最も多く、訪問回数の規模別では、訪問回数が200回以下の小規模事業所が最も多いという結果となりました。また、有効回答率は約4割で、経営実態調査とおおむね同水準でした。中山間・離島等地域や小規模の事業所について、十分な回答数が得られたものと認識しています。

31ページ目を御覧ください。令和5年度決算の収支差率についてです。地域別では中山間・離島等で「マイナス5%以上0%未満」及び「マイナス5%未満」と回答した事業所の割合がやや高く、訪問回数別では、「801回以上」の区分で「5%以上」と回答した黒字の事業所の割合が高いという結果となりました。

また、訪問回数400回以下に限定して地域別に調査したところ、都市部で「5%以上」と回答した黒字の事業所が多く、中山間・離島等では「マイナス5%以上0%未満」及び「マイナス5%未満」と回答した事業所の割合が高いという結果となりました。

同一建物減算の有無別では、「算定あり」の区分のほうが「5%以上」と回答した黒字

の事業所の割合が高く、「マイナス５％以上０％未満」及び「マイナス５％未満」と回答した事業所の割合はおおむね同水準という結果となりました。

集合住宅等の利用者割合別では、集合住宅等の利用者が４０％を上回る場合に、「５％以上」と回答した黒字の事業所の割合が高く、利用者が０％の場合は「マイナス５％以上０％未満」及び「マイナス５％未満」と回答した事業者の割合が高いという結果となりました。

32ページ目を御覧ください。介護保険収入の増減についてです。令和６年８月の介護保険収入の増減を見ると、全ての地域において介護保険収入が５％以上減少している事業所が４～５割と最も多いという結果となりました。

また、その背景については、介護保険総合データベースも用いて分析を行いました。全ての地域において、訪問回数が前年に比べて５％以上減少している事業所の割合が５割以上と最も多く、中山間・離島等、都市部ともに平均値で見ても前年の水準を下回っているという結果となりました。

他方で、訪問１回当たりの単価については、全ての地域において増加した事業所が５割以上と最も多く、平均値で見ても前年の水準を上回るという結果となりました。

また、職員数の増減については、過去１年間の採用者数と離職者数の実人員数の差で見ると、増加した事業所が７割以上と最も多く、平均値で見てもプラスという結果となりました。

御説明させていただいた結果と、34ページ目、35ページ目に添付しております住宅サービスの需要の変化や地域ごとの受給者数、訪問回数の状況の変化等を併せて分析を行いましたところ、中山間地域等は、介護需要の減に伴い訪問回数が減少し、都市部は事業者間の競争等により訪問回数が減少していき、その結果、介護収入が減少しているものと考えられます。

33ページ目を御覧ください。訪問介護事業所の割合、訪問介護事業所の職員や利用者等の状況、事業者における人材確保、利用者確保に向けた取組の状況について整理しております。

以上で、４つの調査研究事業の結果について説明を終了いたします。

○堀田委員長代理　ありがとうございました。

それでは、今、４つの調査について御説明をいただきましたので、基本的には順番に御議論いただきたいと思います。途中御退席予定の委任の皆様におかれましては、まとめて御発言いただけることも結構でございます。

議論に関しまして、補足がございましたら、各調査検討組織委員長の皆様からもコメントを頂戴できればと存じます。よろしくお願いいたします。

それでは、まず１つ目ですが、「高齢者施設等と医療機関の連携体制等にかかる調査研究事業」について、御意見、御質問がございましたら御発言いただきたいと思います。よろしくお願いいたします。

今村委員、よろしくお願いいたします。

○今村委員 今村です。発言がないので調査について補足コメントをさせていただきます。

今回の調査は、介護の医療系の調査全体を調査しているもので、それぞれの施設でどのような医療行為が行われているかということを継続的にまずは調査しています。その結果としては、今までと大きな傾向は変わっておりませんで、ただ、介護医療院はどんどん数が増えていっているのです、今後も同じような傾向が続くかは分からないだろうというようなことが全体の結果です。

そして、今回の調査の主な目的が医療機関との連携で、今回、協定を結んで患者さんを受け入れられるように、病気になった人を受け入れられるようにしてくださいということをやっておいて、かなりの医療機関と頑張っただけで協定を結んでいただいているということが分かっています。

そして、その協定を結んでいるほうが丁寧にやっただけでいるなということが分かりますし、逆に、加算がそれに関して取れているところのほうが熱心にやってもらっているという印象を受けました。

概略としては以上であります。

○堀田委員長代理 コメントをくださいますとありがとうございます。

田宮委員、お願いいたします。

○田宮委員 ありがとうございます。

とても大事な点をいろいろ調査いただき、ありがとうございます。救急搬送のところで、ちょっと聞き逃したかもしれないのですが、救急搬送はやはり協力機関があるほうが搬送が少なくなっているということで、一方で、これは事前調整の上で搬送しているということも資料にあったかと思うのですけれども、これは事前調整の上で救急搬送なのですか。それとも何か別の方法で搬送していらっしゃるのでしょうか。ここで救急車を使っているのかどうか、ちょっと分かりませんが。

○堀田委員長代理 事務局、お願いいたします。

○渡邊介護保険データ分析室長 25ページ目の図表38についての御質問だと認識しておりますが、図表38の聞き方としましては、救急車を呼んだかということになっておりますので、基本的にやはり救急車を呼んだということになります。その調整をした上で救急車を呼んだかどうかということで聞いているところでございます。

○田宮委員 ありがとうございます。

もともと協力機関で受入れが分かっている場合に救急車を使うのがいいのか、ほかの方法は何かあるか分かりませんが、ちょっとそこは考えてもいいのかなと思います。救急車はやはり目的が違うような気がしますし、エージェントならもちろんなのですが、そうでもない場合は要検討かなと思って伺いました。とても重要なところだと思います。さらによろしく申し上げます。ありがとうございます。

○堀田委員長代理 ありがとうございます。

ほかにコメント、御質問はございますでしょうか。

福井委員、お願いいたします。

○福井委員 ありがとうございます。

19ページの図表26で、年度内に協議を行っているとか、上3つはきちんと制度が整う方向で御対応くださっている一方で、まだ検討を行っていないというところも結構な割合であって、二極化というか、そういうふうに結果を読ませていただいたのですが、これは何かクロスなどを深められていて、まだ検討を行っていない機関に取組を進めていただくという方向が今後求められると思うのですが、その辺りの見通しがあれば、教えていただければ幸いです。

○堀田委員長代理 事務局、お願いいたします。

○渡邊介護保険データ分析室長 19ページ目につきましては、これは前提としては、分母としては要件を満たす協力医療機関を定めていないというところになります。このほかに協力医療機関を定めているところもあるということが前提ですけれども、御指摘のとおり、定めていない施設の中でかなり二極化しているというところで、これは周知など対応が必要だというところの御指摘だと思いますので、検討させていただきたいと思います。ありがとうございます。

○堀田委員長代理 ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。

では、一旦2つ目の調査に行って、また時間が残るかなと思いますので、全体を通して御意見いただきたいなと思います。

では、2つ目「福祉用具貸与価格の適正化に関する調査研究事業」について、御意見、御質問があればお願いいたします。

福井委員、お願いいたします。

○福井委員 この研究事業の委員長をさせていただきましたので、先ほどの今村委員に倣って、少し解釈を追加させていただきたいと思います。

1ページ目で調査の目的に書かれているように、福祉用具貸与価格の上限設定の見直しが3年に1度ということが平成30年初回で、その3年後の令和3年、今回令和6年と3回行われまして、例えば4ページの図表4にありますように、初回はマイナス2%と外れ値を適正なほうに行くような数字的な効果も見られましたが、3回目になるとマイナス0.4%というふうに、かなり適正価格のほうに全体が動いているということがございました。

また、6ページ辺りで貸与額は図表6で減少する一方で、図表7の2割強が貸与価格の上限を用いたシミュレーション利用者で、2割ぐらいが上限を用いたシミュレーション利用者に該当するという一方で、図表6では貸与額の全国的な減少はわずかなものになるということで、3回見直しが行われて、かなりいい方向に整理が進んだというふうに調査結果から読み取れると考えてございます。

また、最後の16ページのヒアリングなどでは、適正価格のほうに動向が動いた一方で、また今後、3年後に繰り返すとなると、現場の負担がかなり大きいというような調査結果

も増えてきたところというふうに捉えてございます。

14ページ、15ページで選択制の対象ということで、貸与もしくは購入という制度がR6で引かれたのですけれども、そこについては今後もう少し深い検討が必要というふうに本調査では言えるのではないかと考えております。

以上です。

○堀田委員長代理 補足をありがとうございます。

それでは、ほかの委員の皆様からコメント、御質問、御意見などがございましたら、いかがでしょうか。

お願いします。

○田宮委員 2つありまして、1つは、車椅子はその後も結構利用が増えていたようにありましたけれども、気になるのは、高機能車椅子、結構高いのもあって、これによって高機能車椅子が使えないとかそんなことが起きていないのかという点です。結構施設とかですと、高機能車椅子を入れていないところがすごく多くて、車椅子はレベルが下がるといういろいろ危ないことが起きたりということもあるので、ちょっと細かいですけれども、その辺はいかがかなと思ったのが1つ。

もう一つは、ここに限ったお話ではないのですが、減収に水道光熱費が一番つらいというところ。これは医療機関、大学もそうですけれども、全体のことですよね。でも、これはとても社会のインフラの問題ではないかと思って、特に小さいところの経営を圧迫しているというのは、何か方策がないものなののでしょうか。その2点、お願いします。

○堀田委員長代理 ありがとうございます。

事務局から何かコメントできることがあればお願いいたします。

○峰村高齢者支援課長 高齢者支援課長でございます。

1点目の高機能の車椅子の普及状況といいますか、利用されているかどうかということと言いますと、施設での高機能の車椅子については、福祉用具の介護保険の対象ではなくて、施設に対する介護報酬の中で、施設から支出されていることになります。いずれにしても、我々のほうで、この調査も含めて高機能の車椅子の普及状況についてまでは詳しく把握できておりませんので、またその辺の御懸念の声があれば、我々のほうも調査に努めてまいりたいと思います。

また、水道光熱費につきまして、確かにこの調査でも厳しいというお声をいただいておりますが、これについては別途、分科会のほうにも御報告はしてございますけれども、半年ごとに上限価格設定によって水道光熱費の高騰による価格転嫁がされていない状況がないかどうかということを、我々のほうも請求データなども活用しながら調査を始めてございます。足下ではそこまで大きな影響は生じていないというふうに確認しておりますけれども、引き続きこうした物価高騰の影響については把握に努めてまいりたいと思っております。

以上です。

○堀田委員長代理　ありがとうございます。

ほかに御質問、コメントございますでしょうか。

それでは、次の調査に一旦進みたいと思います。3つ目「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組に関する調査研究事業」ということで御発言をお願いいたします。

木下委員、お願いいたします。

○木下委員　ありがとうございます。

ちょっと遅れて参りまして申し訳ありません。それで十分理解できていないのですが、6ページに一体的取組の効果ということで、利用者に対する効果で非常に大きかったのが「口腔衛生状態の維持・改善につながった」というふうにあります。また別の調査なのか、8ページの図表14では「利用者の口腔の状態が改善された」というのが23.8%、それで、9ページでは図表16で「利用者の口腔や栄養の状態が改善された」というのが26.1%というように、この図表14と16から見るとあまり改善がなされていないように思うのですが、これらの結果が違うことについて、調査自体が全く違うものを聞いているのかどうかということについて、まず1点教えてください。

○堀田委員長代理　ありがとうございます。

御質問について、事務局から御回答いただけますでしょうか。

○渡邊介護保険データ分析室長　事務局でございます。

6ページ目につきましては、リハ、栄養、口腔の一体的取組を行ったことに対する効果ということでございまして、8ページ目の図表14については、口腔衛生管理が今回特定施設入居者生活介護の中に入ったということで、その効果を聞いております。9ページ目の図表16については、口腔・栄養スクリーニング加算という加算がありまして、その算定の効果を聞いているということになりますので、重複はちょっとあるかもしれないですが、基本的には別のものを聞いているというふうに御認識いただければと思います。

○木下委員　分かりました。ありがとうございます。

ということは、図表14と16で、職員の意識が向上したというのが一番大きいのですが、本来であればアウトプットとして利用者の方の栄養状態や口腔の状態が改善されるべきところなのですが、そこまでまだ至っていないことについて、何かこの表で挙がっていない理由が調査の結果で出ていますでしょうか。

○堀田委員長代理　何か考察をお話しいただけるようであれば、事務局からお願いいたします。

○渡邊介護保険データ分析室長　事務局でございます。

8ページ目も先生御指摘のとおり改善されたというのは、図表14でいくと23.8%というところですが、ここに至っていないというのは、ちょっとなかなか調査では難しいところかなと思いますが、委員の先生から何か補足があればお願いしたいと思います。

○堀田委員長代理　ありがとうございます。

この調査の検討委員の先生はいらっしゃるのでしたっけ。

では、それにかかわらず、何か今の木下委員の御意見に対してコメントいただける委員の方がいらしたらと思いますが、いかがでしょうか。

お願いします。

○木下委員　図表15に課題が幾つも挙がっておりますので、もしかしたらこちらの辺りが原因なのかなと思いました。つまり、まだ、意識は向上したけれども、実際のアウトプットまでつながっていないという理由がこちらの課題として挙がっているかもしれないと思いました。

以上です。ありがとうございます。

○堀田委員長代理　ありがとうございます。

今村委員からお願いいたします。

○今村委員　1つ質問してよろしいでしょうか。14ページの分析、LIFEとの関係で分析ができているということなのですけれども、口腔ケアをすると結構身体疾患、特に誤嚥性肺炎とかが減るように認識しているのです。実際に口腔の状態に対して、先ほどのアウトプットという話がありましたけれども、LIFEを使うと、その後、病気が増えたか減ったか、加算を取っていると多いか少ないかというのがある程度見えると思うのですが、そういう分析は今回されていないのでしょうか。もししているのだったら、どういう傾向が出ていたかというのを教えていただければと思うのですが、いかがでしょうか。

○堀田委員長代理　それでは、事務局からお願いします。

○渡邊介護保険データ分析室長　事務局でございます。

LIFEに関する分析はいずれもそうなのですけれども、経時的に追うことはまだできていないところでございまして、その時点での課題の個数ですとか、ほかのところではADLなどもその時点のものを聞いておりますけれども、まだ変化がどうだったかという分析は、今後の作業課題かなと思っております。

○今村委員　そういう分析ができるようになってくると思うので、ぜひ今後それをやっていただきたいと思いますし、研究でやるのも手ですし、こういった事業でも時系列で2年後にどうなっているかというようなことが分かれば、そのほうがありがたいと思います。論文レベルでは、口腔ケアをすると病気が減る、誤嚥性肺炎が減るというのはある意味常識化してきているわけですけれども、日本のデータでもそれが確認できればというふうに思いますので、よろしくお願いします。

以上です。

○堀田委員長代理　今後に向けた検討事項ということで、ありがとうございます。

ほかにこの調査についていかがでしょうか。

それでは、続けて4つ目の調査にまず進んでみたいと思います。4つ目の調査「地域の実情や事業所規模等を踏まえた持続的なサービス提供の在り方に関する調査研究事業」と

ということで、補足及び御質問、御意見がございましたらお願いいたします。

木下委員、お願いいたします。

○木下委員 内容についてではないのですが、図表がちょっと分かりにくいなと思いました。図表1とかでも、数字とグラフが混在しており、どこまで棒グラフがあるのかというのちょっと見にくいので、その辺りの工夫をもう少ししていただかないと、ぱっと見たときによく分からないなと思いましたので、ちょっとコメントだけさせていただきます。

○堀田委員長代理 ありがとうございます。

今村委員、お願いいたします。

○今村委員 今村です。

1つ質問と1つコメントで、19ページの訪問看護の表の一番下の2つ、看多機と小多機の黒い数字の部分ですが、「看護師は事業所内にいるので訪問看護事業所との連携はしていない」が看多機よりも小多機のほうが多いところにちょっと違和感を覚えたのですけれども、この結果は順当に信じていいものなのか、それとも、これ自体は非常に大きな問題というふうに考えていただいているのかというのが1点です。

もう一つ、32ページにそれぞれの地域で実際に訪問看護の件数が減っている件についてのコメントなのですが、今、日本で医療関係、病院の病床稼働が落ちています。日本中で入院している人の数が減っているという状況が起こっています。その半分以上の原因として考えられるのは、死亡する人が増えていることなのですね。今、5年前の予測ですと150万人ずつぐらい亡くなっているはずが、ここ3年160万人ずつぐらい亡くなっています。10万人ぐらい予想よりも多いという状況です。その方々が向こう2年か3年の間に入院していた率とか、介護を受けていた率を考えると、大体4%から5%ぐらい減っていてもおかしくないということで、大体その数字とこれが合っているので、亡くなっている人の影響というのが非常に大きいのかと思っています。

この亡くなっていることがいいことか悪いことかというのは、なかなか評価の難しいところで、病院側から見ていると、かなり悪くなってから病院に来ているので、助からないケースがたくさんあるように思いますし、最後までかからないというのは、いさぎよくなくなっているのか、かかれない状況があるのかというのは、医療サイドからはなかなか見えないという問題があります。ただ、結果として病床の稼働率も落ちているし、多分、介護の利用者数、回数も減っているのではないかと思いますので、そこら辺のところは今後の大きな社会問題ではないかなと思っています。

以上です。1点目がもし分かれば教えていただきたいと思います。

○堀田委員長代理 ありがとうございます。2点コメントいただきました。

1点目について事務局からお願いいたします。

○吉田認知症施策・地域介護推進課長 ありがとうございます。推進課長でございます。

1点目、19ページ目の図表18の見方なのですが、すみません、ちょっとここも凡

例が見づらい部分があるかと思うのですが、御質問のところは、小多機であれば「看護師は事業所内にいるので訪問看護事業所との連携はしていない」という数字は17.8%、右から3つ目のところにございまして、看多機の一番下のところで見ますと、右から3つ目ありますので32.9%ということになりますので、看多機のほうが、事業所内に看護師がいるので訪問介護との連携は必要ないという割合が高くなるということなのかなと我々としては分析をしております。

○今村委員 今の点について、私は凡例の見方を間違っていたので、そうすると、看多機のほうが、どちらかというと看護師さんがいるのでほかの訪問看護と連携を取っている人が多いように思ったのですが、看護師がいるほうがほかの訪問看護と連携を取っていないということに不自然さを感じますけれども、そこはどうでしょうか。

○吉田認知症施策・地域介護推進課長 ですので、事業所内にいるところは看多機のほうが高いということになりますので、それとの裏腹で、逆に小多機のほうは外部の訪問看護との連携の割合が63.2%になるという関係かなと考えております。

○今村委員 看多機が訪問看護をしているわけではないので、看護が必要なところに入っている人が出ていくためには訪問看護が連携しないといけないような気がするのですが、そういうふうな整理ではないということなののでしょうか。

○吉田認知症施策・地域介護推進課長 どこまでの連携を考えるかというのがあろうかと思えますけれども、例えば、21ページ目で連携としてどういうのがあるのかというのを見たグラフと併せて御覧いただきますと、看多機で高い割合になっているのは急変時の早期対応でありますとかという辺りが高い対応になっておりますので、そういった連携を想定すれば、事業所内に看護師がいれば、そこで対応するという回答が高くなってきているということなのかなと考えております。

○今村委員 看護師さんがいるほうがより連携が多いと思ったのですが、看護師さんがいないほうが連携が多いというところは、ちょっと違和感を覚えたところです。また今後そういうところの分析ができるなら、ぜひお願いしたいと思います。

以上です。

○堀田委員長代理 福井委員、関連してですかね。まずお願いします。

○福井委員 看多機の老健事業等の委員に関わらせていただいているので、少し今の今村委員の御質問に関して、私の分かる範囲ですが、看多機は訪問看護と二枚看板で運用ができるので、正確な割合は把握していないのですが、半分くらいが訪問看護と一緒に運用を展開しているもので、それがさっき課長がおっしゃった右から3番目の32.9%は自前で訪問看護との連携がなされているので、その割合が高くて、黒い連携したことがあるという割合が結果として低くなっているもので、看護師間というか、サービス間で看護同士がしっかり連携は取れている実態が看多機にはあるのだというふうに読みました。

以上です。

○今村委員 分かりました。ありがとうございます。

○堀田委員長代理　ありがとうございます。

今のタイミングで栗田委員が退出されてしまい、申し訳ありませんでした。

ほかの委員の方々から。田宮委員、お願いいたします。

○田宮委員　ありがとうございます。

訪問介護の人員不足の点なのですけれども、ちょっと連携とは違う課題ですが、この表を見ていますと、結構閉鎖が多いのも訪問介護のようすし、それから、やはり人が本当に大変で困っている。5ページで、都市部は「とても不足している」がとても多い。それから、閉鎖も多いですし、閉鎖の理由はやはり人員不足ということになっていますね。ヘルパーの不足はどこでも課題なんだと思いますけれども、やはりこれは今までヘルパーを使っていたような方も使えなくなったり、ヘルパーをお願いしても来ていただけないという、私も現場でも随分そういう声を聞いています。これはどうしたらよいのでしょうか。何か対策はいかがでしょう。

今、外国の方を入れるとかいろいろ取られていると思うのですけれども、このヘルパー不足は在宅維持にとっても大きいことだと思うのですが、この数字からもきれいに、それで閉鎖していつているところがよく出ているので、直接の課題ではないかもしれないですが、どうなのでしょう。コメントをいただければと思います。

○堀田委員長代理　事務局から何かお話しただけのことがあれば、お願いします。

○吉田認知症施策・地域介護推進課長　ありがとうございます。

やはりヘルパーの人材不足という、確保が非常に課題であるというのは今回の調査からも確認することができたかなと考えておりまして、何か1つの方策で人材確保が満たされるということではないと考えておりまして、総合的に対応を取る必要があるのだろうと考えております。今回の報酬改定でも、やはり人材確保という観点から処遇改善を進める必要があるということで加算措置を、訪問介護については一番高い加算率を設定しているということで、その加算取得を進めるという取組でありますとか、あとは昨年末に補正予算で訪問介護、特に地方で小規模の事業所の状況が厳しいということを踏まえまして、ヘルパーの同行支援を強化するでありますとか、常勤化をサポートする、そういったきめ細やかな措置も支援策として用意してございます。

それから、今おっしゃられましたように外国人の話についても、今年の4月から訪問分野における外国人の受入れが可能になるというようなこともやっておりますので、総合的に人材確保をサポートする取組を進めていく必要があるということだと認識しております。

○田宮委員　ありがとうございます。いろいろ総合的に対策を進めておられているということで、少しほっといたしました。

一方で、思うのは、私はやはり、日本は介護保険になってサービスを外から使うことを最初に推進したために、家族に対する支援というのはほとんど制度の中に今も入っていないわけなのですけれども、やはりこれだけヘルパーが足りなくなってくると、家族に対して何か支援をすることで、家族の力を活用することも重要かと思います。これはやり方が

難しく、現金は私も難しいと思うのですけれども、年金とか何かで少しプラスになるとか、家族支援に対する方策というのは何か検討していらっしゃるのでしょうか。分かれば教えていただきたいと思います。

○堀田委員長代理　ありがとうございます。

家族支援について、事務局から何か御回答いただければお願いいたします。

○吉田認知症施策・地域介護推進課長　まず、そもそも介護サービスの供給自体をしっかりと確保していくというのが大前提としてあって、それが御家族のケアの負担を軽くするのに間接的にはつながるということでもありますので、まずは一個一個の介護のサービスの供給体制をしっかりとやっていくというのが前提としてあると。その上で、家族で介護されている方の負担にも配慮する必要があるというのはおっしゃるとおりでありまして、我々が今やっておりますのは、地域包括支援センターというのを各市町村に配置しておりますけれども、家族支援、家族の介護されている方向けの相談対応でありますとか、家族支援者同士のつながりでありますとか、研修会でありますとか、そういったソフト面での支援を中心に今、取組を行っているという状況でございます。

○田宮委員　ありがとうございます。本当におっしゃるとおり、地域包括のほうでも頑張っておっしゃっているのですけれども、でも、なかなか参加者が、私の知っているところでは増えない。もう御案内だと思いますけれども、例えばドイツだと、現金給付があるところも結構ありますし、それから年金ですとか労災保険があり、年金の掛金を介護保険が肩代わりしていて、その間、仕事に従事していなくても年金がもらえるとか、具体的な支援策というのが結構ほかの国では取られています。日本はもともと家族介護の国でしたから、最初から現金給付などをやってしまうとこんなにサービス利用増には持っていけなかったかと思い、結果的にそれはすごくよかったと思うのですけれども、そろそろそういう直接支援も視野に入れてもよい時期であろうと考えます。地域包括がやっている相談ですとか、それはあまり実質的な効果が少ないような気がしていますので、実質的な支援も御検討いただきたいと思うのですけれども。

○堀田委員長代理　ありがとうございます。

阿部委員が御退室されたいかなと思いますので、まず阿部委員にお願いいたします。

○阿部委員　すみません。私ももうちょっとしたら退室するので、この分科会の副委員長という立場ではなくて、唯一自治体から参加させていただいている立場で少し発言をお許しいただければと思うのですけれども、先ほど田宮委員がおっしゃっていたように、家族介護で、札幌市も一時、介護手当ということで現金支給していたのが何十年か前にあるのですね。やはり夫婦世帯だけではなくて、独居高齢者とかそういった世帯もすごく増えてきているので、地域で見守らなきゃいけないという時代にはもうとっくになんていって、なので、札幌市においても、ヘルパーさんは本当にヘルパーが必要な身体介護をする。多いのは家事援助、掃除というところのニーズが大きいので、そういったところに貴重なヘルパーさんを使うのではなく、それはボランティアだったりNPOさんだったり違うスキーム

でそこを支えていかなければ、人材確保はもう難しいと思うので、そこを分業というか、本当に分けて考えなければいけないと思っているのと、自治体は本当に家事援助が必要な人を減らすという、介護予防というところも併せて力を入れていかなければいけない。だから、そういったところでも総合的に支援をしていかなければいけないと考えているところですよ。

あと、本当に訪問介護の事業所がばたばたと倒産していくという非常にセンセーショナルなことが今すごく言われているので、札幌市の実態はどうなのかということで事業担当者にちょっと聞いてみたら、やはり減ってはきている。ただ、増えてもきている。プラスマイナスそんなにないというふうに言うのですけれども、増えている事業所は地域を回るのではなくて、サ高住併設だったりそういったところが多い。身体介護中心の人たちに同じ建物に入っていただいて、そこを効率よく回る。減算がかかってしまうので、事務所はその建物ではなくて、ちょっと離れたところに置く。そういうふうに減算を逃れている事業所も実際に多いという声も聞いていました。不適切な言い方ですけども、それがビジネスモデルとして、札幌市はサ高住が非常に多いので、そういった現状は実際にあるのだと思います。

ただ、やはり自宅で最後まで過ごしたいという方たちに、本当に必要なところにヘルパーさんが行けるような、そういったところは自治体でも考えているのですけれども、基本報酬を下げるということで、加算でそれを上回る、それでプラスになるという今回のことが本当にどうだったのかというところは、やはり考える機会として私も勉強になったなと思っています。この調査がどういう分析でというのをしっかり読み込めてはいないのですけれども、訪問介護が減収になっているというのは、やはりちょっとそれを裏打ちするんじゃないかなと思って調査の結果を拝見していたところです。

すみません。言いつ放しになってしまうのですが、これで退室させていただきます。大変失礼いたしました。

○堀田委員長代理　ありがとうございます。

今御指摘いただいた訪問介護の件、それから遡って田宮委員の御指摘について、事務局からさらに補足、何かコメントがございましたらお願いいたします。

○吉田認知症施策・地域介護推進課長　家族支援に関するコメントをまずいただいたと思うのですけれども、繰り返しになるかと思いますが、今、阿部委員からもお話がありましたように、家族の方のケアを支える支援が必要だという一方で、やはり日本の家族形態自体が独居の方が増えているという、頼ることができる家族自体がいない、独居あるいは高齢の夫婦だけだという世帯も増えている中で、なかなか家族だけに頼るというのも他方で難しくなっている状況なのかなと考えております。

そうした中で、地域の中でどう高齢者の方々の生活を支えるのかというのを、いわゆる訪問介護の介護サービスの事業者だけではなくて、札幌市の取組のような形で、地域の中で地域の資源をいかに組み合わせて高齢者の方々の生活を支えるのかということを広く地域

づくりとして考える必要があるのだらうなと思いました。

ちょっとコメントっぽくなって恐縮なのですが、以上でございます。

○堀田委員長代理　ありがとうございます。

阿部委員もありがとうございました。

福井委員、お願いいたします。

○福井委員　ありがとうございます。

17ページと18ページの介護ロボット、テクノロジーの件について御質問なのですが、けれども、まず、17ページのオレンジで囲っていただいたテクノロジー導入状況というのが、老健と特養と地域密着型特養ということで、これは補助金がついている。一方、訪問介護とか、訪問看護とか、私の理解だと、補助金がないというので導入の進み具合が違っているのではないかというふうに読ませていただいております。

18ページで、グリーンの訪問看護と地域密着型通所介護が「導入する必要がある課題や必要性を感じていない」の割合が高かったという御説明があって、このグリーンがどの帯を示しているのかが煩雑でよく分からない中で、こういうふうに補助金なくて、まだ居宅系ではテクノロジーの導入が進んでいないからこそ必要性を感じていないという理由も大きくあると思うと、こういうふうに出すと、例えば訪問看護はテクノロジーの必要性を感じていないんだというふうに読み取られるリスクもあるかなと思ひまして、その辺りで何かお考えがあれば教えていただければと思います。

○堀田委員長代理　ありがとうございます。

事務局からコメントいただけますでしょうか。

○峰村高齢者支援課長　高齢者支援課長でございます。

テクノロジーの補助金の話でございました。現在、国のほうでは、県に置かれています基金を活用した事業であるとか補正予算を活用した事業によりまして、事業者のテクノロジー導入支援を進めているところでございますけれども、基本的に全ての事業者が対象となる補助金を今執行してございます。ただ、この導入状況に大きく差が出ている状況というのは今回の調査ではっきりと分かるわけですが、1つ参考になりますのが、参考資料2に別冊で訪問介護の調査の結果を集めたものがありまして、その23ページ目を見ていただきますと、今回、導入状況だけではなくて、どんなテクノロジーを導入しているのかということも併せて一個一個聞いてございます。導入が進んでいます施設系のサービスでは、介護ソフトとか、職員間の連携推進に係るインカムとか、そういう機器が、複数職員が働いているということで昔から導入が進んできているところもありますし、近年では見守りセンサーとか、そういう新しい介護ロボットと言われている機器の効果が割と広まってきておりまして、近年急速に普及が進んできているというところが大きいのかなと思っております。

一方で、あまり導入が進んでいない訪問介護とか、通所とかもそうですけれども、そういった現場で活用できるテクノロジーがまだまだ十分でないというところがあると思ひま

す。先ほど申し上げました参考資料2の23ページ目を見ていただきますと、介護ソフトとかICT機器については、訪問介護でも一定数の導入率は見られるのですが、その他の機器ですと非常にわずかというところで、なかなかこういうサービスに合った有用なテクノロジーが市場に十分出ていないところもございます。そこら辺、補助事業をどうこうというだけではなくて、まずこういうテクノロジーをどうやって掘り起こしていくかというところも我々としては今後の課題、研究対象だと思っています。

また、ここには出ておりませんが、特に居宅サービス系の事業者さんにとっては、ケアプランのやり取りを効率化するケアプランデータ連携システムというのが有用だと思っておりますので、そうしたものの普及も国として今一生懸命努めておりまして、そういった観点から、テクノロジーを活用した生産性向上、効率化みたいなことが、こういったサービス事業でも普及していくように取り組んでいきたいと思っております。

以上でございます。

○堀田委員長代理　ありがとうございます。

お願いします。

○福井委員　18ページのグリーンの部分は必要性を感じていないというので2つのサービスが特に高かったというように示されると、では、この2種類のサービスは必要性を感じていないんだというふうになることを少し危惧して質問させていただきました。ありがとうございます。

○堀田委員長代理　これは何かコメントを事務局からされますか。

○峰村高齢者支援課長　選択肢の書き方がこれでよかったのかどうかというのはあるかもしれませんが、今おっしゃっていただいたような解釈もあろうかと思います。やはり鶏と卵で、ちゃんと使える、現場の役に立つテクノロジーがあるということで、初めて使いたいと思うところもあると思いますので、そういったところが大事かと思います。

○堀田委員長代理　ありがとうございます。

それでは、川越委員、木下委員の順で行きたいと思います。川越委員、お願いいたします。

○川越委員　スライド4枚目で示されている離職者の理由を見ると、介護領域の中での転職の話と、外部に流出していく話の2つがあります。外部流出に関しては、その理由を押さえておく必要があるのではないかと思います。これはコメントです。

もう一点は、職場の人間関係を理由に辞めていかれる方が一定程度いるということも押さえておく必要があるのではないかと思います。ところが、市町村が行っている介護人材確保に向けた対策を見ていくと、施設整備への補助を行うとか、研修をやるとか、こういった内容が多い。要は、なぜ離職されているのか、職場の人間関係でなぜ辞めていけないといけないのかというところを、もっと現場の事業所の方、管理者だけではなくて現場で実際に働いているケア提供者と市町村の担当者がもう少し意見交換をして、離職理由や効果的な対策を一緒に深掘りしていかないと、今のような表面的な対策だけやってもな

なかなか離職を止められないのではないかと思います。市町村担当者の課題解決策が、自分たちが取り得る対策だけになっていて、本当に意味のある対策になっていないのではないかという気がいたします。これもコメントです。

○堀田委員長代理 ありがとうございます。このデータから重要と考えられることということで示唆をいただきました。ありがとうございます。

では、木下委員、お願いいたします。

○木下委員 ありがとうございます。

私も先ほどの離職の状況というところが非常に気になりました。これは過去に同じ調査をやっているということはありませんか。全く今回初めてこの質問をされたのですか。もし過去の状況とかと比較することができれば、例えば、今、若い人なんかだと非常に民間企業も人手不足で、相当な高給で採用活動をしているというところもありますので、どうしてもそうした他職種のほうに目が行ってしまうということもあると思います。そういった時代背景を考え合わせると、何か経時的なものが分かればなと思いましたので、過去にこのような離職の関係の調査をされているのかというのがお尋ねしたい1点目です。

また、それと関係あるかないか分からないですけれども、図の見方がよく分からなかった点がありまして、23ページの図表24です。これはいろいろな地域によって介護人材の確保状況が違っていると思って見ていたのですけれども、よく見ると、「推計値を把握していない」という回答が非常に多くて、調査結果として意味のあるものになっていないのではないかなという気がいたしました。この「推計値を把握していない」というのはどういう意味なのかを少し教えていただければと思います。その2点についてお願いします。

○堀田委員長代理 では、2点、コメントいただければと思います。お願いします。

○吉田認知症施策・地域介護推進課長 ありがとうございます。

まず、離職の理由のところは、今回の改定調査自体は、まさに今年度の事業としてやっているものですので、毎年やっているものではないのですけれども、介護労働安定センターというところが介護労働実態調査ということで毎年やっている調査がございまして、それで同じように離職した理由を問うております。それによりますと、直近の令和4年度の調査でも、職場の人間関係に問題があったというところが一番多い割合になっておりますので、今回の改定検証の調査結果とも共通する結果になっているのかなと思います。各年で御覧になりたいということでありましたら、介護労働安定センターのやっております介護労働実態調査で経年の傾向を把握することはできるかなと思います。

それから、23ページの御質問、これは自治体調査でありまして、ここの「推計値を把握していない」というところは、結局、サービスの提供状況を、まず都道府県の計画でどのぐらいのサービス量が必要かという見通しを立てることにしていまして、それが当然、都道府県であれば、自分の計画に書いてあるから、要するに点々とか、バーとか、確保できた、確保できなかったの回答ができるのですけれども、下の自治体に行けば行くほど、都道府県から計画上のサービス提供の見通しが市町村にフィードバックされていないという

ことだと考えております。都道府県の計画における数字がきちんと市町村レベルに落ちていないから、この「推計値を把握していない」という回答が出てきているという状況なのではないかなと考えております。

○堀田委員長代理　ありがとうございます。

木下委員、よろしいですか。

ありがとうございます。離職理由については、補足させていただくと、介護労働安定センターの調査は同じ業界の中でほかのところに転職したというところの理由で人間関係はずっとトップにあるかなと思いますが、これは介護職に限定せず、ほかの多くの職種において人間関係は結構トップにあるのでということも押さえておきたいなと思います。ありがとうございます。

では、田辺委員、お願いいたします。

○田辺委員　2点ほどお伺いしたいと思います。

1つは、訪問事業系で1件当たりの単価は上がっているけれども、件数が全体として減っているということを御説明の中でお伺いいたしました。質問の中身は、これは何なんだということでございます。例えば件数が下がっているのに、需要サイドの問題で、もうニーズで手を挙げなくなってきた、それで件数が下がるというのでしたら、何となくあまり問題は、ないとは思いませんけれども、他方、サービス供給をやる側が、もう供給の制限目いっぱいまでやっていて、もう対応できないという意味で断っている件数が増えているとするならば、これはそれなりに問題があるような気がいたします。

単価が上がって件数が下がるということは、ビジネスモデルとしては絞っちゃって、それで高く取れるところに集中するということになるのですね。それがいいかどうかというようなことも含めて、どっちの要因が強いのでしょうかねというのが聞きたいことの1点目でございます。

それから、2点目は人材不足の状況で、地域差はあるのだろうなと思ってはありました。前のこれではないほうの経営実態か何かの調査のところで出てきたのは、事業者数は減っていないくて、潰れるところはあるのだけれども、参入してくるという御説明がありましたけれども、あれが何というか、そうなのということで、若干不思議だなと思った部分がございます。それを見ると、都市部の人材不足的な問題と、それから地方ないしはひどいところと言うと中山間地で、調査の説明を聞いていると感触が違うなという感じがありまして、中山間地のほうは、ひどいのですけれども、悪化はあまりしていないという感触。悪化というのは、がががっと急速に悪くなったという意味ではないのですけれども、都市部のほうは逆に、競争が激しくなって、それでかつ人も採れていないというところで、どうなのというところがありまして、この人材不足の実態とは言いませんけれども、地域差がどういう形で出てくるのかな。

万一、事業所の参入というのは都市部だけで起こって、それで同一建物系のもので稼いでいると、そこがもうかるからというので参入しているとすると、それはそれでなかなか

問題があると思いますので、この地域差の原因とは言わないけれども、違いみたいなところを、もう少し御説明できるようだったらお願いしたいと思います。

以上2点です。

○堀田委員長代理　ありがとうございます。

2点、コメントができるようであれば事務局からお願いいたします。

○吉田認知症施策・地域介護推進課長　ありがとうございます。

まず1点目、32ページ目の資料のマル2のところでありますけれども、訪問回数1回当たりの単価の増減ということで、これは単価というか、1回当たりの収入ということです。我々はこれ以上の詳細な数字を持っているわけではないのですが、分析としては、1回当たりの、例えば事業所が、我々は加算の取得をお願いしますということでやってまいりましたので、基本報酬プラス様々な加算、そこには当然処遇改善加算が入るわけですが、いろいろな加算の取得をお願いしてきたということがまずございます。

もう一個あるとすれば、訪問介護の単価というのが、大きくは身体介護というものと、それから生活援助というものがあって、身体介護のほうが高い単価になっているのですが、例えば生活援助の割合を減らして、その分、身体介護、より高い単価のサービスの中身を変えてシフトしていく、そういった影響が出ているのかなと考えております。

マル1の訪問回数の増減については、中山間・離島と都市部とでは、同じ減っているのですが事情が違うのかなと考えておまして、34、35ページ目辺りに少し資料をつけておりますけれども、中山間・離島は既に人口が減っている地域があって、それは高齢者の人口自体も減っていると。それは要するに利用者が減っているということになりますので、それによる訪問回数の減というのが影響しているのではないかと。

他方で、都市部はまだ利用者が増えていっておりますので、そうした中で1事業者当たりの訪問回数が減っているというのは、要するに事業所の数が大きく、競争の結果、1事業所当たりの訪問回数が減っているという影響が都市部においては出ているのではないかなというふうに分析をしております。

それから、人材不足の地域の状況でありますけれども、こちらについては、5ページ目に各サービスごとの職員の充足状況をお示ししておりますけれども、今委員おっしゃられたように、例えば一番左の訪問介護でありますけれども、中山間・離島よりも都市部のほうが不足感が高いというのが出ておりますので、一応今回の調査上も、これは他の産業との人材確保の競争という面がより強いということなのだろうと思いますけれども、都市部のほうが厳しい状況にあるというのは、このデータからも推し量れるのかなと考えております。

○堀田委員長代理　ありがとうございます。

ほかに4つ目の調査、あるいは全体を通じていかがでしょうか。4つ目に限らず、1つ目、2つ目、3つ目についても何か言い残されたことがあればと思いますが、いかがでしょうか。よろしいですかね。

ありがとうございました。それでは、今日、4つの調査について皆様に御議論いただきました。それぞれ結果の見方であるとか、今後期待される分析や研究についてもコメントをいただきました。一部の調査につきましては、グラフなどの示し方についても見直しをというようなコメントもいただいたかと思います。

本日いただきました調査結果の概要などへの御指摘、意見などの反映につきましては、松田委員長及び堀田に一任とさせていただいてもよろしいでしょうか。

(首肯する委員あり)

○堀田委員長代理　ありがとうございます。

では、今後の流れにつきまして、事務局から御説明をお願いいたします。

○渡邊介護保険データ分析室長　事務局でございます。

本日御議論いただいた各資料については、4月14日月曜日に予定している介護給付費分科会に報告し、審議等を行う予定でございます。

○堀田委員長代理　ありがとうございました。

それでは、本日の審議はここまでにしたいと思います。

最後に、次回の委員会の日程等について、事務局から御説明をお願いいたします。

○渡邊介護保険データ分析室長　次回の日程は、事務局から追って御連絡させていただきますので、よろしくお願いいたします。

○堀田委員長代理　ありがとうございます。

それでは、本日はこれで閉会とします。お忙しいところありがとうございました。